

ВАЖНО: ПЕНСИОННООСИГУРИТЕЛНОТО ДРУЖЕСТВО Е ДЛЪЖНО ДА ВИ ПРЕДОСТАВИ ДОКУМЕНТ С „ОСНОВНА ИНФОРМАЦИЯ ЗА ОСИГУРЕНИТЕ ЛИЦА“. ТЯ ЩЕ ВИ ПОМОГНЕ ДА СЕ ОРИЕНТИРАТЕ ПО-ДОБРЕ В ПРОЦЕДУРАТА ПО ПРОМЯНА НА УЧАСТИЕ И ДА СЕ ЗАПОЗНАЕТЕ С ОСНОВНИТЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ИЗБРАНИЯ ОТ ВАС ФОНД.

КОД НА ФОНДА:

Вх. №: .....

Дата: .....

(Попълва се от лицето, приело заявлението)

ДО „ПЕНСИОННООСИГУРИТЕЛНО ДРУЖЕСТВО ДАЛЛБОГГ: ЖИВОТ И ЗДРАВЕ“ ЕАД

(наименование на пенсионноосигурителното дружество, което управлява фонда, в който лицето иска да премине)

### З А Я В Л Е Н И Е

за промяна на участие и прехвърляне на натрупаните суми по индивидуалната партида в друг съответен фонд за допълнително задължително пенсионно осигуряване

Име ..... Презиме ..... Фамилия .....

ЕГН , лична карта № , издадена на ..... от .....  
или легитимационен документ на чужденец (вид, серия, №, дата и място на издаване, срок на валидност): .....

Постоянен адрес: Област ....., Община: ....., ПК

Град (село) ....., ж.к. ...., Улица: .....  
№ ....., Блок ....., Вход ....., Етаж ....., Ап. ...., Телефон .....

Настоящ адрес: Област ....., Община: ....., ПК

Град (село) ....., ж.к. ...., Улица: .....  
№ ....., Блок ....., Вход ....., Етаж ....., Ап. ...., Телефон .....

1. Заявявам, че желая да бъде прекратено участието ми в .....  
....., управляван от ..... поради:  
(наименование на фонда за допълнително задължително пенсионно осигуряване) (наименование на пенсионноосигурителното дружество)

- 1.1  наличие на условията по чл. 171, ал. 1 от Кодекса за социално осигуряване;
- 1.2  несъгласие с направените промени в правилника за организацията и дейността на фонда за допълнително задължително пенсионно осигуряване, в който участвам;
- 1.3  несъгласие с направените промени в инвестиционната политика на фонда за допълнително задължително пенсионно осигуряване, в който участвам;
- 1.4  преобразуване или прекратяване на пенсионноосигурителното дружество или на фонда за допълнително задължително пенсионно осигуряване, в който съм осигурен;
- 1.5  придобито право на пенсия от универсалния пенсионен фонд, в който участвам.

2. Заявявам, че желая натрупаните средства в индивидуалната ми партида да бъдат прехвърлени в .....  
..... „ДАЛЛБОГГ: ЖИВОТ И ЗДРАВЕ“, управляван от „ПОД ДАЛЛБОГГ: ЖИВОТ И ЗДРАВЕ“ ЕАД  
(наименование на фонда за допълнително задължително пенсионно осигуряване) (наименование на пенсионноосигурителното дружество)

3. Не съм подавал(а) заявление за промяна на участие в друг универсален (професионален) пенсионен фонд.  
4. Желая във връзка с подаденото от мен заявление за промяна на участие, да получа на следната електронна поща:  
.....:

- 4.1  извлечение от индивидуалната ми партида след прехвърляне на средствата;
  - 4.2  други уведомления и документи при необходимост. ....
5. Получих документ с основна информация за осигурените лица.  
6. Приложени копия от документи: .....

Осигурено лице: .....  
(подпис)

\*Попълва се от осигурителен посредник (в т.ч. лице, упълномощено от посредник – юридическо лице) или от служител на дружеството, приел заявлението:

Име и фамилия: .....

Служебен номер/длъжност: ..... Подпис: .....

\* Попълва се от пенсионноосигурителното дружество, управляващо пенсионния фонд, в който лицето желае да прекрати участието си.

**Съгласие за промяна на участието**

**Отказ за промяна на участието**, тъй като:

- не са изпълнени изискванията на чл. 171, ал. 1 от Кодекса за социално осигуряване
- не са изпълнени изискванията на чл. 171, ал. 3 от Кодекса за социално осигуряване
- не са изпълнени изискванията на чл. 171, ал. 4 от Кодекса за социално осигуряване
- не са изпълнени изискванията на чл. 340, ал. 4, т. 1 от Кодекса за социално осигуряване
- получени са заявления за промяна на участие на същото осигурено лице от различни дружества

**Отказ за разглеждане на заявлението**, тъй като:

- имената на лицето не съвпадат с данни в документите на дружеството и не са приложени удостоверителни документи
- в управлявания от дружеството фонд, от който лицето желае да промени участието си, няма осигурено лице с ЕГН, попълнен в настоящото заявление

(посочват се допълнителни пояснения към отбелязаните причини за отказа за промяна на участие/разглеждане на заявлението, ако е необходимо)

Подпис и печат: .....

**Внимание!** В случай на отказ, всяко лице може да получи при поискване копие от заявлението за промяна на участие от дружеството, в което го е подало и да подаде чрез него възражение за преразглеждане на отказа в 7-дневен срок от получаването му в дружеството

**1** МОЛЯ, НЕ ПОПЪЛВАЙТЕ, ПРЕДИ ДА СТЕ ПРОЧЕЛИ УКАЗАНИЯТА ПО-ДОЛУ!



ВАЖНО: ПЕНСИОННООСИГУРИТЕЛНОТО ДРУЖЕСТВО Е ДЛЪЖНО ДА ВИ ПРЕДОСТАВИ ДОКУМЕНТ С „ОСНОВНА ИНФОРМАЦИЯ ЗА ОСИГУРЕНИТЕ ЛИЦА“. ТЯ ЩЕ ВИ ПОМОГНЕ ДА СЕ ОРИЕНТИРАТЕ ПО-ДОБРЕ В ПРОЦЕДУРАТА ПО ПРОМЯНА НА УЧАСТИЕ И ДА СЕ ЗАПОЗНАЕТЕ С ОСНОВНИТЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ИЗБРАНИЯ ОТ ВАС ФОНД.

КОД НА ФОНДА: **4 0 1**  
 Вх. №: .....  
 Дата: .....  
*(Попълва се от лицето, приело заявлението)*

ДО „ПЕНСИОННООСИГУРИТЕЛНО ДРУЖЕСТВО ДАЛЛБОГГ: ЖИВОТ И ЗДРАВЕ“ ЕАД  
*(наименование на пенсионноосигурителното дружество, което управлява фонда, в който лицето иска да премине)*

### З А Я В Л Е Н И Е

за промяна на участие и прехвърляне на натрупаните суми по индивидуалната партида в друг съответен фонд за допълнително задължително пенсионно осигуряване

Име ..... Презиме ..... Фамилия .....  
 ЕГН , лична карта № , издадена на ..... от .....  
 или легитимационен документ на чужденец (вид, серия, №, дата и място на издаване, срок на валидност):

**Постоянен адрес:** Област ....., Община: ....., ПК   
 Град (село) ....., ж.к. ...., Улица: .....  
 № ....., Блок ....., Вход ....., Етаж ....., Ап. ...., Телефон .....

**Настоящ адрес:** Област ....., Община: ....., ПК   
 Град (село) ....., ж.к. ...., Улица: .....  
 № ....., Блок ....., Вход ....., Етаж ....., Ап. ...., Телефон .....

1. Заявявам, че желая да бъде прекратено участието ми в ..... , управляван от ..... поради:  
*(наименование на фонда за допълнително задължително пенсионно осигуряване)* *(наименование на пенсионноосигурителното дружество)*

- 1.1  наличие на условията по чл. 171, ал. 1 от Кодекса за социално осигуряване;
- 1.2  несъгласие с направените промени в правилника за организацията и дейността на фонда за допълнително задължително пенсионно осигуряване, в който участвам;
- 1.3  несъгласие с направените промени в инвестиционната политика на фонда за допълнително задължително пенсионно осигуряване, в който участвам;
- 1.4  преобразуване или прекратяване на пенсионноосигурителното дружество или на фонда за допълнително задължително пенсионно осигуряване, в който съм осигурен;
- 1.5  придобито право на пенсия от универсалния пенсионен фонд, в който участвам.

2. Заявявам, че желая натрупаните средства в индивидуалната ми партида да бъдат прехвърлени в ..... „ДАЛЛБОГГ: ЖИВОТ И ЗДРАВЕ“, управляван от „ПОД ДАЛЛБОГГ: ЖИВОТ И ЗДРАВЕ“ ЕАД  
*(наименование на фонда за допълнително задължително пенсионно осигуряване)* *(наименование на пенсионноосигурителното дружество)*

3. Не съм подавал(а) заявление за промяна на участие в друг универсален (професионален) пенсионен фонд.  
 4. Желая във връзка с подаденото от мен заявление за промяна на участие, да получа на следната електронна поща:

- 4.1  извлечение от индивидуалната ми партида след прехвърляне на средствата;
  - 4.2  други уведомления и документи при необходимост. ....
5. Получих документ с основна информация за осигурените лица.  
 6. Приложени копия от документи: .....

Осигурено лице: .....  
*(подпис)*

\*Попълва се от осигурителен посредник (в т.ч. лице, упълномощено от посредник – юридическо лице) или от служител на дружеството, приел заявлението:

Име и фамилия: .....  
 Служебен номер/длъжност: ..... Подпис: .....

\* Попълва се от пенсионноосигурителното дружество, управляващо пенсионния фонд, в който лицето желае да прекрати участието си.

- Съгласие за промяна на участието**
- Отказ за промяна на участието**, тъй като:
- не са изпълнени изискванията на чл. 171, ал. 1 от Кодекса за социално осигуряване
  - не са изпълнени изискванията на чл. 171, ал. 3 от Кодекса за социално осигуряване
  - не са изпълнени изискванията на чл. 171, ал. 4 от Кодекса за социално осигуряване
  - не са изпълнени изискванията на чл. 340, ал. 4, т. 1 от Кодекса за социално осигуряване
  - получени са заявления за промяна на участие на същото осигурено лице от различни дружества
- Отказ за разглеждане на заявлението**, тъй като:
- имената на лицето не съвпадат с данни в документите на дружеството и не са приложени удостоверителни документи
  - в управлявания от дружеството фонд, от който лицето желае да промени участието си, няма осигурено лице с ЕГН, попълнен в настоящото заявление

*(посочват се допълнителни пояснения към отбелязаните причини за отказа за промяна на участие/разглеждане на заявлението, ако е необходимо)*

Подпис и печат: .....

**Внимание!** В случай на отказ, всяко лице може да получи при поискване копие от заявлението за промяна на участие от дружеството, в което го е подало и да подаде чрез него възражение за преразглеждане на отказа в 7-дневен срок от получаването му в дружеството

## УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА ЗАЯВЛЕНИЕТО

1. Заявлението се попълва задължително в три екземпляра - третият за лицето, вторият за пенсионноосигурителното дружество, в чийто фонд лицето участва, първият за пенсионноосигурителното дружество, в чийто фонд лицето желае да премине.
2. Полето „настоящ адрес“ се попълва, когато той не съвпада с постоянния адрес на лицето.
3. В т. 1 се посочват точното наименование на универсалния (професионалния) пенсионен фонд, в който лицето се осигурява, и на управляващото го пенсионноосигурително дружество. Основанието за прекратяване на участието се отбелязва със знак „X“.
4. В т. 2 се посочват точното наименование на универсалния (професионалния) пенсионен фонд, в който лицето желае да се осигурява, и на управляващото го пенсионноосигурително дружество.
5. В т. 4 се посочва адрес на електронна поща и със знак „X“ се отбелязват съответните документи, в случай че лицето желае да получи един или всеки от документите по т. 4.1 и т. 4.2 по електронен път. Ако т. 4 не бъде попълнена, информацията се изпраща по пощата с писмо с обратна разписка, а уведомяването за анулиране на заявлението може да бъде извършено от осигурителен посредник и писмено срещу подпис на осигуреното лице.
6. В т. 6 се описват приложените към заявлението документи.